## Ambetter Balanced Care 29 + Vision + Adult Dental: Standard Silver On Exchange Plan

**Cobertura para: Individual/Familiar | Tipo de plan: EPO**

**El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, https://ambetter-es.superiorhealthplan.com/2022-brochures.html o llamar al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuánto es el deducible total?** | $5,450 por individuo y $10,900 por familia. | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total. |
| **¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?** | Sí. Visitas al consultorio para servicios de atención preventiva, atención primaria, y de atención de urgencia, exámenes de la vista y anteojos para niños, análisis de laboratorio, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que llegue a su deducible. | Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ |
| **¿Hay otros deducibles para servicios específicos?** | No. | No debe pagar deducibles por servicios específicos. |
| **¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?** | Para proveedores de la red, $8,650 por individuo y $17,300 por familia. No es aplicable a los proveedores fuera de la red. | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total. |
| **¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?** | Primas, facturación de saldo, y atención médica que este plan no cubre. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo. |

| | | |
|---|---|---|
| **¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?** | Sí. https://ambetter.superiorhealthplan.com/findadoc o llame al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) para una lista de proveedores de la red. | Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| **¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?** | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación. |

Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **Si acude al consultorio o clínica del proveedor** | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | $25 Copago / visita; deducible no se aplica | No cubierto | Las visitas de atención virtual sin límite recibidas de Telesalud de Ambetter están cubiertas sin ningún cargo, los proveedores están cubiertos en su totalidad, los deducibles no se aplican. |
| | Consulta con un especialista | $95 Copago / visita | No cubierto | Cubierto sin límite. |
| | Atención preventiva/ evaluación/vacunas | Sin cargo; deducible no se aplica | No cubierto | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su plan pagará. |
| **Si se realiza un examen** | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | $40 Copago / prueba; deducible no se aplica para laboratorio y servicios profesionales<br>35% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico<br>35% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio.<br><br>El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | | rayos X en otros lugares de servicio | | |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 35% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| **Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.** Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en **https://ambetter.superiorhealthplan.com/2022formulary**. | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | Vendedor genérico preferido: $5 Copago / receta; deducible no se aplica<br><br>Vendedor genérico: $25 Copago / receta; deducible no se aplica | No cubierto | Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a un costo compartido de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor. |
| | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2) | Al por menor: $75 Copago / receta; deducible no se aplica | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor. |
| | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) | Al por menor: 50% Coseguro | No cubierto | |
| | Medicamentos de especialidad (Nivel 4) | Al por menor: 50% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. |
| **Si le hacen una cirugía ambulatoria** | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 35% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 35% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://api.centene.com/eoc/2022/29418TX016.pdf.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | | | | Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la Sala de Emergencias | 35% Coseguro | 35% Coseguro | Cubierto sin límite. |
| | Transporte médico de emergencia | 35% Coseguro | 35% Coseguro | Cobertura sin límite. Nota: No se requiere la autorización previa para el transporte de emergencia, sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. |
| | Atención de urgencia | $60 Copago / visita; deducible no se aplica | No cubierto | Cubierto sin límite. |
| **Si necesita hospitalización** | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 35% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 35% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| **Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias** | Servicios para pacientes ambulatorios | Coseguro del $25/visita al consultorio (deducible no se aplica); Coseguro de 35% para otros servicios ambulatorios | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa). |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 35% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | $25 Copago / visita; deducible no se aplica | No cubierto | No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | | | | requerir para otros servicios. El costo compartido no aplica a servicios preventivos, tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro, deducible o copago. La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 35% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos no aplican para servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un copago, coseguro o deducible. La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 35% Coseguro | No cubierto | |
| **Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud** | Atención médica en el hogar | 35% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 visitas al año. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| | Servicios de rehabilitación | 35% Coseguro | No cubierto | Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 35 visitas combinadas por año (combinadas con atención quiropráctica). Nota: el límite de visitas no aplica: al tratamiento o la atención que se determine como médicamente necesaria como resultado de una lesión cerebral adquirida y relacionada con ella, para tratar retrasos en el desarrollo o |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | | | | para cualquier diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias. *Consulte la sección Administre su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| | Servicios de habilitación | 35% Coseguro | No cubierto | Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 35 visitas por año. Nota: Este límite de visitas no aplica cuando el tratamiento es proporcionado para un diagnóstico de trastorno de salud mental/uso de sustancias o retrasos en el desarrollo. *Véase la sección Administre su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| | Atención de enfermería especializada | 35% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 25 días al año.*Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| | Equipo médico duradero | 35% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | 35% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
| **Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista** | Examen de la vista para niños | Sin costo; deducible no se aplica | No están cubiertos | Limitado a 1 visita al año. |
| | Anteojos para niños | Sin costo; deducible no se aplica | No están cubiertos | Limitado a 1 artículo al año. |
| | Control dental para niños | No están cubiertos | No están cubiertos | -----Ninguno----- |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).**

- Aborto (Excepto cuando la vida de la madre estuviera en peligro si llevase el feto a término o diera a luz.)
- Acupuntura
- Atención dental (niños)
- Atención a largo plazo (La atención aguda a largo plazo es un beneficio cubierto. La atención de enfermería a largo plazo/Atención asistencial no es un beneficio cubierto.)
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privada

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- Atención de la vista de rutina (Una visita de adulto y un artículo al año. La prestación de dólares se aplica a los artículos.)
- Atención dental (Se aplican límites anuales a las visitas de adultos y artículos. Límite anual de $1000 por persona.)
- Audífonos (Limitado a 2 artículo cada 3 años.)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 35 visitas combinadas al año (combinadas con la terapia de rehabilitación ambulatoria).)
- Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.)
- Tratamiento de la infertilidad (Limitado a los servicios para pruebas de diagnóstico para averiguar la causa de la infertilidad.)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from Superior HealthPlan a 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989); Texas Department of Insurance, 333 Guadalupe, Austin, TX 78701, Phone No. 1-800-578-4677.. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Texas Department of Insurance, 333 Guadalupe, Austin, TX 78701, Phone No. 1-800-578-4677.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima?** **Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://api.centene.com/eoc/2022/29418TX016.pdf.

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar?** **No Corresponde**

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

**Servicio de acceso a idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).

***Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.***

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:

**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

| | |
|---|---|
| **El deducible general del plan** | **$5,450** |
| **Especialista copago** | **$95** |
| **Hospital (establecimiento) coseguro** | **35%** |
| **Otro coseguro** | **35%** |

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenata*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

| | |
|---|---|
| **Costo total del ejemplo** | **$12,700** |
| **En este ejemplo, Peg pagaría:** | |
| *Costo compartidos* | |
| Deducibles | $5,450 |
| Copagos | $500 |
| Coseguro | $1,200 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$7,210** |

### Control de la diabetes Tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

| | |
|---|---|
| **El deducible general del plan** | **$5,450** |
| **Especialista copago** | **$95** |
| **Hospital (establecimiento) coseguro** | **35%** |
| **Otro coseguro** | **35%** |

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como**
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

| | |
|---|---|
| **Costo total del ejemplo** | **$5,600** |
| **En este ejemplo, Joe pagaría:** | |
| *Costo compartidos* | |
| Deducibles | $1,100 |
| Copagos | $1,400 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$2,520** |

### Fractura simple de Mia
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

| | |
|---|---|
| **El deducible general del plan** | **$5,450** |
| **Especialista copago** | **$95** |
| **Hospital (establecimiento) coseguro** | **35%** |
| **Otro coseguro** | **35%** |

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como**
Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

| | |
|---|---|
| **Costo total del ejemplo** | **$2,800** |
| **En este ejemplo, Mia pagaría:** | |
| *Costo compartidos* | |
| Deducibles | $2,800 |
| Copagos | $0 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Mia pagaría es** | **$2,800** |

El **plan** sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

| | |
|---|---|
| **Spanish:** | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Superior HealthPlan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). |
| **Vietnamese:** | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Superior HealthPlan, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). |
| **Chinese:** | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Superior HealthPlan 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)。 |
| **Korean:** | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Superior HealthPlan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) 로 전화하십시오. |
| **Arabic:** | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from Superior HealthPlan ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). |
| **Urdu:** | اگر Ambetter from Superior HealthPlan کے بارے میں آپ، یا جن کی آپ مدد کررہے ہیں ان کے سوالات ہوں تو، آپ کو بلامعاوضہ اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لیے، 1-877-687-1196، (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) پر کال کریں۔ |
| **Tagalog:** | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Superior HealthPlan, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). |
| **French:** | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Superior HealthPlan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). |
| **Hindi:** | आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Superior HealthPlan के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) पर कॉल करें। |
| **Persian:** | اگر شما، یا کسي که به او کمک مي کنيد سؤالي در مورد Ambetter from Superior HealthPlan دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. براي صحبت کردن با مترجم با شماره 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) تماس بگیرید. |
| **German:** | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Superior HealthPlan hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) an. |
| **Gujarati:** | જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Superior HealthPlan વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) ઉપર કૉલ કરો. |
| **Russian:** | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Superior HealthPlan вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). |
| **Japanese:** | Ambetter from Superior HealthPlan について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) までお電話ください。 |
| **Laotian:** | ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Superior HealthPlan, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). |

# Statement of Non-Discrimination

Ambetter from Superior HealthPlan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Ambetter from Superior HealthPlan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

**Ambetter from Superior HealthPlan:**

- **Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:**
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- **Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:**
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Ambetter from Superior HealthPlan at 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

If you believe that Ambetter from Superior HealthPlan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint with:

**Superior HealthPlan Complaints Department**
**5900 E Ben White Blvd., Austin, TX 78741**
**1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989)**
**Fax 1-866-683-5369**

You can file a complaint by mail, fax, or email. If you need help filing a complaint, Ambetter from Superior HealthPlan is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

---

# Declaración de no discriminación

Ambetter de Superior HealthPlan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de Superior HealthPlan no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

**Ambetter de Superior HealthPlan:**

- **Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:**
  - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- **Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:**
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Superior HealthPlan a 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

Si considera que Ambetter de Superior HealthPlan no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

**Superior HealthPlan Complaints Department**
**5900 E Ben White Blvd., Austin, TX 78741**
**1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989)**
**Fax 1-866-683-5369**

Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Superior HealthPlan está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

SHP_20163873A-AMBETTER 2020
AMB19-TX-C-00016